



FORMATO DE RECLAMO

Complete y firme esta forma si desea hacer un reclamo o queja con su plan de salud y si:

- No está satisfecho con alguna decisión de su plan, o
- No ha recibido la decisión de su plan dentro de 30 días.

Si desea autorizar a otra persona que le ayude con su reclamo, deberá también completar la Forma de Autorización de Asistentes.

Si su reclamo se relaciona con un serio riesgo a la salud, llame ahora mismo al Centro de Ayuda HMO. Las llamadas a estos números son gratuitas.

1-888-HMO-2219 / 1-888-466-2219 TDD 1-877-688-9891

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____

Nombre del padre o guardián del joven menor _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de día # _____ Teléfono de noche # _____

Nombre del plan de salud _____

Número de membresía del paciente* _____ Fecha de nacimiento del paciente _____

Nombre del grupo médico* _____ Número del grupo médico* _____

**en la tarjeta del plan de salud*

1 ¿Tiene Medi-Cal? Sí No

2 ¿Tiene Medicare o Medicare Advantage? Sí No

3 ¿Ha hecho algún reclamo o queja a su plan de salud? Sí No

4 ¿Canceló el seguro su plan de salud? Sí No

5 Favor de explicar su reclamo: (Si es necesario, utilice una hoja separada.)

Por ejemplo: ¿Qué servicios quería que su plan o proveedor le proporcionaran?

¿Qué estuvo mal del servicio que recibió de su plan de salud o proveedor?

¿Qué problema de cobro tiene con su plan de salud o proveedor?

6 ¿Cuál es su problema de salud relacionado con este reclamo?

7 ¿Qué tratamientos ha recibido para atender este problema de salud?

8 Si tiene los nombres, favor de enlistar los proveedores que le han tratado por su problema de salud.

9 ¿Ha hecho otro reclamo referente a este tema?

¿Con el Centro de Ayuda HMO? Reclamo número # (si lo sabe) _____

¿Con otra agencia de gobierno? Reclamo número # (si lo sabe) _____

Favor de indicar la agencia de gobierno: _____

10 Anexe **copia** de los documentos relacionados con su reclamo, como negación de servicios, cartas, cobros, y descripción de beneficios. No podremos regresar los documentos originales.

11 Estoy solicitando al Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC) para una decisión sobre mi problema con mi plan de salud. Entiendo que se enviará copia de este reclamo a mi plan. Autorizo a mis proveedores, actuales y anteriores, y a mi plan de salud proporcionar mi expediente médico al DMHC. Este expediente puede incluir reportes médicos, de salud mental, de abuso de sustancias, de VIH, tomografías y otra información relacionada con mi caso. Estos documentos quizá incluyan reportes no médicos y cualquier otra información que se refiera a mi caso. Autorizo al DMHC a revisar mis expedientes e información. Mi autorización terminará en el plazo de un año iniciando a partir de la fecha señalada abajo, con excepción de lo establecido por la ley. Por ejemplo, la ley permite que el DMHC continúe utilizando mi información internamente. Podré dar por terminada mi autorización antes de la fecha establecida si así lo deseo. Toda la información proporcionada en este documento es verdadera.

¿Se anexa Forma de Autorización de Asistentes? Sí No

Firma del paciente o padre _____ Fecha _____

Envíe esta forma y cualquier anexo por correo o fax al: **Central de Ayuda HMO, Department of Managed Health Care, Complaint Unit, 980 9th St., Suite 500, Sacramento, CA 95814-2725; FAX: 1-916-229-0465**

FORMA DE AUTORIZACIÓN DE ASISTENTES

- Si usted desea otorgar a alguien autoridad para asistirlo en su Revisión Médica Independiente (IMR) o reclamo, llene las Partes A y B a continuación.
- Si usted es el padre o guardián legal del paciente menor de 18 años por quien está solicitando la IMR o reclamo, no necesita completar esta forma.
- Si está solicitando una IMR o reclamo por un paciente que no puede completar esta forma y usted tiene la autoridad legal para actuar en representación de esta persona, favor de completar sólo la Parte B. También envíe una copia del poder legal para decisiones del cuidado de salud o cualquier otro documento legal que le autoriza tomar decisiones por el paciente.

PARTE A: EL PACIENTE

Autorizo a la persona indicada en la Parte B a continuación para representarme ante el Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC) en mi solicitud de IMR o reclamo. Autorizo al DMHC y al personal de la IMR compartir información sobre mi condición médica y cuidados con la persona mencionada a continuación. Dicha información puede incluir tratamientos de salud mental, pruebas y tratamientos del VIH, tratamientos de alcoholismo y drogadicción, y otra información sobre mi atención médica.

Bajo el entendimiento de que sólo se compartirá información relacionada a mi IMR o reclamo.

Mi autorización es voluntaria y tengo derecho a darla por terminada. Si deseo hacerlo, tendré que notificarlo por escrito.

Firma del paciente _____ Fecha _____

PARTE B: PERSONA QUE ASISTE AL PACIENTE

Nombre de la persona que asiste _____

Firma de la persona que asiste _____

Dirección _____

Relación con el paciente _____

Teléfono de día # _____

Teléfono de noche # _____

El poder legal de las decisiones del cuidado de salud o cualquier otro documento legal está incluido.



ESTA NOTIFICACIÓN ES REQUERIDA POR LEY *

La ley Knox-Keene de California otorga al Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC) autorización para regular los planes de salud e investigar las quejas de sus miembros.

- El Centro de Ayuda HMO del DMHC utiliza su información personal para investigar su problema con su plan de salud y proporcionarle una Revisión Médica Independiente si cumple con los requisitos para ello.
- Usted nos proporciona esta información de manera voluntaria. Usted no está obligado a proporcionarnos información.
- Sin embargo, si usted no nos proporciona información, quizá no podamos investigar su reclamo ni proporcionarle una Revisión Médica Independiente.
- De ser necesario quizá tengamos que compartir su información personal con el plan de salud y los doctores que están llevando a cabo la Revisión Médica Independiente.
- Quizá tengamos que compartir su información con otras agencias de gobierno según lo requerido y permitido por la ley.
- Usted tiene derecho a ver su información personal. Para hacerlo, contacte al DMHC Records Request Coordinator, DMHC, Office of Legal Services, 980 Ninth Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814-2725, (1-916-322-6727).

* La ley que requiere esta notificación es la Information Practices Act de 1977 (Código Civil de California Sección 1798.17).